

De la
réapparition d'adénomes intra-prostatiques
entraînant de nouveau
des troubles urinaires importants
après prostatectomie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre ARLAUD

° Né le 22 Mars 1909, à SÉRIGNAN (Vaucluse)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1934

**DE LA RÉAPPARITION
D'ADÉNOMES INTRA-PROSTATIQUES
ENTRAINANT DE NOUVEAU
DES TROUBLES URINAIRES IMPORTANTS
APRÈS PROSTATECTOMIE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 123

De la
réapparition d'adénomes intra-prostatiques
entraînant de nouveau
des troubles urinaires importants
après prostatectomie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre ARLAUD

Né le 22 Mars 1909, à SÉRIGNAN (Vaucluse)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1934

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET
BARRAL, ROLLET, DOYON.

PROFESSEURS

Cliniques médicales MM. PIC.
Cliniques chirurgicales..... PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements..... TIXIER.
Clinique ophtalmologique BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique..... BONNET.
Clinique des maladies des enfants..... NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes..... LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires..... VILLARD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose..... GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..... NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale..... COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie..... CLUZET.
Matière médicale et Botanique..... FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale..... MOREL.
Anatomie MANCEAU.
Histologie GUIART.
Physiologie LATARJET.
Pathologie externe POLICARD.
Pathologie interne HERMANN.
Pathologie et Thérapeutique générales..... LERICHE.
Anatomie pathologique FROMENT.
Chirurgie opératoire CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... FAVRE.
Médecine légale PATEL.
Hygiène ARLOING (F)
Thérapeutique Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie..... ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SAVY.
LEULIER.
PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie..... MM. CONDAMIN.
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale..... THEVENOT (Leon,
Chargé d'un cours d'Embryologie..... NOEL.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale..... MM. TAVERNIER.
Stomatologie PONT.

AGRÉGÉS

MM. MAZEL DUMAS DUFOURT DEVIC GABRIELLE MARTIN (Joseph) ROCHET (Ph.)	MM. WERTHEIMER GATE DECHAUME BERNHEIM POLLOSSON CHAMBON CIBERT	MM. EPARVIER GUILLEMINET MORENAS REBATTU REVOL ENSELME SEDALLIAN	MM. CREYSSSEL DE ROUGEMONT PAUPERT- RAVAULT PIGEAUD PONTIUS MALMEJAC
---	---	---	---

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. GAYET, président : MORÉNAS, assesseur,
CIBERT, CREYSSSEL



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Mort pour la France

A MA GRAND'MÈRE

Je garde un doux souvenir de la tendre sollicitude dont elle m'a toujours entouré. Qu'elle trouve ici un faible témoignage de ma profonde affection.

A MA MÈRE

Je dédie cette thèse avec tout mon cœur. Par son énergie, son travail et son dévouement, elle m'a permis d'entreprendre et de poursuivre mes études médicales. Tout mon amour filial ne pourra jamais acquitter une telle dette de reconnaissance.

A MON GRAND-ONCLE

A MON ONCLE, A MA TANTE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

Professeur de Clinique Urologique

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLET

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Chirurgien des Hôpitaux d'Avignon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré l'idée de ce travail.
Nous dispensa ses conseils, nous fit
profiter de sa grande expérience et de
sa science.

En témoignage de notre profond respect
et de notre vive reconnaissance.

Avant-propos

Au début de ce modeste travail qui clôture nos études, en évoquant les difficultés nombreuses que nous avons rencontrées et celles qui nous attendent demain dans l'exercice de notre profession, nous ressentons plus vivement l'immense reconnaissance que nous devons à nos Maîtres de la Faculté et il nous est agréable qu'ils trouvent ici un faible témoignage de notre gratitude.

Nous n'oublions pas de remercier Monsieur le Professeur SIRAUD et le Docteur MUGNIERY qui nous ont dispensé leurs conseils pendant notre internat à l'Hôpital Saint-Luc, à Lyon.

Nous gardons un souvenir ému des deux années que nous passâmes aux Laboratoires LUMIERE et nous prions Monsieur Auguste LUMIERE et le Docteur LEONET d'accepter nos respectueux remerciements pour la bonté avec laquelle ils nous ont accueilli et les enseignements qu'ils nous ont prodigués.

Pendant notre internat à l'Hôpital d'Avignon nous avons contracté une dette de reconnaissance qu'il nous plaît de mettre en évidence, non par fidélité aux usages, ou discipline de courtoisie, mais guidés par des sentiments profondément sincères.

Qu'il nous soit permis de citer les Docteurs : AZEMAR, BARRE, BRUNSWICK, CHARLET, DONNAT, LESBROS, JACQUET, Henri MICHEL-BECHET, Régis MICHEL-BECHET, MONTAGARD, MOREAU, PAMARD, PANSIER, PENNE, PONS, TARTANSON.

Ils furent toujours des maîtres excellents et affectueux qui n'ont rien négligé pour aider à notre formation professionnelle. Par leur haute valeur scientifique et morale ils resteront pour nous le modèle de notre idéal.

DE LA RÉAPPARITION
D'ADÉNOMES INTRA-PROSTATIQUES
ENTRAINANT DE NOUVEAU
DES TROUBLES URINAIRES IMPORTANTS
APRÈS PROSTATECTOMIE

Préface

Il ressort du titre de notre travail, qu'il ne sera à aucun moment question de troubles urinaires ne relevant pas de la pathogénie exclusive que nous indiquons.

Après une prostatectomie, on peut voir en effet, réapparaître des troubles urinaires pour de multiples raisons :

Rétrécissement de l'urètre bulbo-prostatique, diaphragme intervésico-prostatique, dégénérescence secondaire maligne de la loge, récidence *in situ* d'un cancer méconnu au cours de l'intervention, troubles fonctionnels d'ordre neurologique, pierre vésicale, etc... etc...

Nous n'envisagerons aucun de ces cas, mais exclusivement celui où se sont formés dans un temps plus ou moins proche de l'intervention, dont les suites immédiates ont été normales et heureuses, de nouveaux adénomes reproduisant la symptomatologie qui nécessita l'opération.

Car il nous paraît indubitable que la maladie prostatique (et nous entendons bien maladie prostatique bénigne en son essence histologique, sinon en ses répercussions physiques ou physiopathologiques peut se reproduire.

Nous ajouterons, à des observations déjà publiées, quelques observations inédites, caractéristiques et bien étudiées.

Le total de ces observations ne sera pas élevé.

Le fait même qu'on les publie est preuve de leur rareté. Nombreux sont les urologues à grande activité chirurgicale qui n'en ont jamais observé.

Il est assez difficile de donner des chiffres. Disons cependant, pour fixer les idées, que par exemple le Docteur Charlet, à qui nous devons l'idée de cette thèse, sur un total de 415 prostatectomies compte deux prostatectomies itératives et une nouvelle cystostomie définitive.

Ces données et ces chiffres, d'autre part, ne correspondent nullement, croyons-nous, à des « récidives » (nous nous expliquerons sur ce terme) exclusivement anatomiques.

Il ne comporte que les récidives où la néoformation anatomique a créé une dysurie nettement pathologique. Car nous avons systématiquement touché beaucoup de prostatiques opérés, contents de leur sort et urinant bien.

Quelle n'a pas été notre surprise de constater quelques fois une nouvelle hypertrophie prostatique pure. (Voir, dans la première partie de notre première observation, les constatations du Docteur Rafin).

Le malade ne s'en doutait pas; nous ne le lui avons pas signalé. C'était bien là des récidives mais récidives anatomiques seulement, qui n'impliquaient pas de récidives fonctionnelles pathologiques.

Nous n'en avons pas été autrement surpris. La notion classique qu'il n'y a aucun rapport entre le volume d'un adénome et les désordres causés (la dysurie et ses conséquences) vaut bien aussi dans ces cas.

Quelques-uns de ces malades que nous avons sondés étaient sans rétention qui compte.

Ils ont vécu normalement, urinant bien. Ils se sont éteints de leur bonne mort. Ces constatations nous conduisent à dire que les récidives au moins anatomiques sont plus fréquentes qu'on ne dit. Notre petite étude anatomo-pathologique nous les expliquera et nous évitera d'être trop étonné par elles.

Il nous paraît d'ailleurs un peu byzantin de discuter sur le terme récidive ou pseudo-récidive à employer dans tous ces cas. C'est une maladie qui renaît après une intervention qui se promettait d'être curative définitivement, et voilà tout.

Il est bien entendu que ce n'est pas la néoformation enlevée qui se reproduit. Elle est bénigne en elle-même. C'est tout simplement soit une portion de l'une des glandes génératrices de la néoformation initiale qui, laissée en place, évolue pour son propre compte, soit un autre adénome qui suit le même processus, adénome nouveau qui n'a rien de commun avec les grandes sous-urétrales extirpées. (Chevassu, Société d'Anatomie, décembre 1911.)

Ces récidives ou pseudo-récidives sont des conti-

nuations de maladie adénomateuse (Duvergey et Dax, André, Marion, etc...); au XX^e Congrès de l'Association Française d'Urologie, Paris, 1920, cette question fut l'objet d'une longue étude. Nous nous épargnerons de recopier ici l'exposé des opinions principales qui y furent formulées et discutées. (André, qui avait déjà publié sur ce sujet dans les *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1906. Paul Delbet, Genouville, Pauchet, Papin, cas de Bazy et Noguès.)

Notre intention est de rechercher l'origine et la cause de ces nouvelles manifestations pour dire ce qu'il convient de faire pour les éviter.

Pour cela il nous paraît judicieux de résumer d'abord l'anatomie chirurgicale de la région, puis de résumer ensuite l'anatomie pathologique de la maladie adénome intraprostatique.

Ceci nous permettra de comprendre comment il peut arriver que la maladie prostatique, bénigne en son essence, grave en ses répercussions, recommence, et nous nous efforcerons d'en donner une explication basée à la fois sur ces données anatomiques et sur quelques données opératoires.

Rappel anatomique

Deux groupes de glandes constituent la prostate. Un groupe antérieur et un groupe postérieur. Le premier donne rarement naissance à l'adénome, nous étudierons donc surtout le groupe postérieur.

Il est classique de diviser ce groupe en deux catégories de glandes : les unes centrales, logées entre la muqueuse et le sphincter lisse, les autres périphériques, extra-sphinctériennes, qui forment les deux masses latérales de la prostate.

1° GLANDES CENTRALES.

Ce groupe de glandes s'étend du col vésical jusqu'à la région membraneuse. Leur développement atteint son maximum sous la muqueuse du col de la vessie (glandes sous-muqueuses juxta-cervicales d'Albarran). Un peu au-dessous du véru montanum, les glandes sont surtout abondantes sur les parties latérales de l'urètre. Elles forment deux groupes plus ou moins développés.

Au niveau du véru les glandes péri-urétrales sont encore particulièrement développées : les unes sont groupées autour de l'utricule prostatique dans lequel elles débouchent, les autres situées latéralement s'ou-

vrent, soit dans les canaux excréteurs des glandes prostatiques, soit directement dans l'urètre au niveau des angles latéraux.

D'autre part, en avant, sur la paroi antérieure de l'urètre, viennent déboucher une série de glandes qui se trouvent situées entre l'urètre et le sphincter lisse de la vessie. Leur développement est surtout marqué à la partie supérieure de la portion prostatique de l'urètre.

2° GLANDES PÉRIPHÉRIQUES.

Ce groupe représente en réalité les grandes prostatiques proprement dites. Le groupe le plus important des glandes périphériques, qui constitue ce que l'on désigne sous le nom de « lobes latéraux » de la prostate, est situé de chaque côté et en arrière de l'urètre. La réunion des glandes de ce groupe forme latéralement une masse de la grosseur d'une amande dont le grand axe serait oblique en bas et en avant et dont la partie la plus volumineuse serait postéro-supérieure.

D'autres glandes représentant la « commissure pré-spermatique » ou encore le « lobe médian de Home », sont situées dans l'intervalle qui sépare les deux lobes latéraux d'une part, l'urètre et les canaux éjaculateurs d'autre part. Tandler et Zuckerkandl ont séparé ce groupe des lobes latéraux, les conduits seraient distincts et s'ouvriraient à la base du veru montanum. Cunéo au contraire le considère comme une dépendance des lobes latéraux qu'il reliait. Les recherches de Pallin démontrent en effet que le développement

de la prostate se fait au niveau et aux dépens de deux ébauches superposées dans le sens vertical et séparées par le cordon génital. Or chez d'adulte cette systématisation persiste pour les conduits excréteurs des glandes que l'on trouve divisées en deux groupes :

1° l'un supérieur qui comprend de chaque côté deux ou trois canaux à embouchure latérale servant de voie d'excrétion à la partie supérieure des lobes latéraux, et aux glandes pré-spermatiques ;

2° l'autre inférieur, comprenant des conduits médians qui correspondent au groupe glandulaire rétro-spermatique, et des conduits latéraux qui correspondent à la partie inférieure des lobes latéraux.

Enfin l'accord de tous les auteurs est parfait pour individualiser des lobes latéraux un groupe de glandes situées en arrière des canaux éjaculateurs et désignées sous le nom de commissure rétro-spermatique ou de lobes postérieurs de Tendler et Zuckerckandl.

Il ne faudrait pas cependant conclure de cet exposé que la distinction entre glandes péri-urétrales et prostatiques soit absolue.

En effet du point de vue embryologique elle est tout à fait accessoire, toutes ces glandes ayant exactement la même origine, les unes sont restées en dedans des sphincters lisses, les autres l'ont traversé.

VAISSEAUX ET NERFS DE LA PROSTATE

ARTÈRES.

Les artères de la prostate viennent de la génito-vésicale, branche de l'hypogastrique. Elle se divise en deux branches : la prostatique et la vésicale inférieure, l'artère hémorroïdale moyenne qui ne donne qu'accèssoirement des rameaux à la prostate.

Albaran a montré que les rameaux de premier ordre de ces artères sont contenus dans la capsule prostatique. Dans la glande proprement dite n'entrent que des rameaux de second ordre. C'est pourquoi le décollement de la prostate de sa loge se fait sans hémorragie importante.

VEINES.

Très nombreuses, elles forment un riche réseau autour de la prostate. Ce sont elles qui expliquent les hématuries si fréquentes des prostatiques. Sur les bords latéraux et postérieurs de la glande le plexus veineux latéral s'anastomose avec les veines : hémorroïdale moyenne, vésicale inférieure, et vésiculo-déférentielle. En avant il communique avec le plexus de Santorini et forme là le plexus vésiculo-prostatique. En arrière il communique avec les plexus séminaux et hémorroïdaux.

LYMPHATIQUES.

Issus des espaces péri-lobulaires, ils aboutissent en avant aux ganglions pré-vésicaux et communiquent avec le réseau lymphatique vésical antérieur.

Sur les parties latérales ils se rendent aux ganglions situés à la bifurcation des vaisseaux iliaques. Ils sont en connexion avec le lymphatique vésical postérieur et le réseau des vésicules séminales et des canaux déférents.

Ils aboutissent en arrière à un ganglion sacré.

NERFS.

Ils viennent du plexus hypogastrique issu des troisième et quatrième nerfs sacrés (Luys).

LA LOGE PROSTATIQUE

1° LOGE ANATOMIQUE.

A l'état normal, la prostate est contenue dans une loge formée :

a) en arrière, par l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers ;

b) sur les côtés, par les lames vasculaires d'Ombredanne contenant les plexus péri-prostatiques ;

c) en avant, par la lame aponévrotique de Zuckerkandl ;

d) en haut, par la vessie.

2° LOGE CHIRURGICALE

Dans l'opération de Freyer le doigt qui clive l'adénome prostatique n'énuclee pas la tumeur de sa véritable capsule anatomique. Il reste en place une capsule chirurgicale qui est la capsule anatomique doublée de tissu prostatique refoulé. L'adénome s'est isolé au sein d'une prostate dont il a refoulé, centrifugé les éléments au contact de la capsule anatomique (Hartmann).

Quant à l'urètre, son adhérence avec l'adénome étant parfaite, sa séparation n'est pas possible dans la prostatectomie, sa portion prostatique est enlevée dans le bloc adénomateux.

Anatomo-Pathologie

Le terme d'hypertrophie prostatique s'applique « à des productions pathologiques surajoutées et non « pas à des portions anatomiques simplement modifiées dans leur volume » (Marion).

Macroscopiquement, cette hypertrophie peut être constituée soit par deux lobes latéraux, soit par deux lobes latéraux et un lobe médian postérieur, soit encore par un lobe médian seulement.

Il est exceptionnel de rencontrer un lobe médian antérieur.

On peut signaler en passant que de la surface de la tumeur s'écoule un liquide clair et opalescent et s'échappent parfois de petits calculs constitués presque exclusivement par une substance azotée, se sont les sympexions de Robin.

Ces adénomes prennent en somme en se développant dans le tissu prostatique des formes très différentes, et la richesse verbale des auteurs a pu se donner libre cours en les décrivant. Nous relevons dans la littérature urologique les formes : sphériques, en poire, en champignon, en éventail, en croupion de poulet (lobes médians), etc..., etc...

Enfin et surtout — et ceci nous intéresse particulièrement — il y a des formes multi-adénomateuses que l'on peut appeler forme « en grappe ».

Cette forme est représentée par un nombre plus ou moins grand de petits adénomes arrondis dont la taille varie du volume du grain de mil à celui de la noisette. Ils sont réunis entre eux par des tissus cellulaires lâches qui les agglomèrent en une masse n'admettant pas de plan de clivage régulier d'avec le reste de la glande. Car certains de ces petits adénomes s'incrustent dans l'intérieur de celle-ci. Cette forme rend la prostatectomie difficile, car même en nettoyant avec soin la loge prostatique on ne peut affirmer qu'il n'est pas resté un ou plusieurs de ces petits adénomes collés contre la capsule. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette forme en grappe, particulièrement intéressante, dans notre chapitre traitant de la technique opératoire.

Quant à la structure, toutes les discussions proviennent de ce fait que « au lieu de se borner à étudier les « hypertrophies enlevées chirurgicalement on a examiné toutes les augmentations de volume de la prostate rencontrées sur les sujets, sans tenir compte des « symptômes qu'ils ont pu présenter pendant leur vie. « De sorte que l'on a été conduit à examiner des prostates rendues volumineuses par d'autres lésions que « des lésions prostatiques » (Marion).

Sur une coupe transversale, la masse adénomateuse est entourée d'une capsule propre d'où partent des fibres entourant les corps sphéroïdes. Ces corps sphéroïdes sont l'élément capital de la lésion : masse spongieuse constituée par des acini glandulaires, ils forment les cysto-adénomes de la prostate (Letulle) si leur développement est important.

Mais parfois l'élément glandulaire est réduit à peu

de chose, et les corps sphéroïdes sont constitués par du tissu fibreux, fibro-musculaire ou musculaire.

Il s'agit alors de véritables myomes.

La capsule des corps sphéroïdes est constituée par des éléments conjonctifs et musculaires.

Enfin dans les espaces triangulaires séparant les corps sphéroïdes on ne rencontre aucun acinus glandulaire, peu de fibres musculaires, mais surtout des fibres conjonctives.

Malgré les différences dans l'appellation des lésions, tous les auteurs admettent que dans l'hypertrophie prostatique il existe deux variétés de tissus :

1° un tissu conjonctivo-vasculaire ;

2° un tissu glandulaire.

Certains admettent cependant un tissu fibro-musculaire.

Nous pouvons donc définir l'hypertrophie comme un adéno-fibro-myome, en donnant la prédominance, au point de vue origine, au tissu glandulaire et non au tissu interstitiel.

L'évolution de ces néoformations a une influence non seulement mécanique, de refoulement, de place prise, mais encore une influence structurale sur le col vésical : en effet lorsque l'hypertrophie prostatique est encore peu développée, on peut retrouver sur des coupes les éléments musculaires du col de la vessie, soit des fibres circulaires environnant les masses adénomateuses, soit, perdues au milieu d'elles, des fibres longitudinales. Mais que l'hypertrophie ait acquis un volume tant soit peu important, la différenciation des éléments musculaires du col est impossible.

Quant aux modifications apportées par le développement de l'adénome sur la prostate elle-même, elles doivent être envisagées à la lumière des deux théories expliquant l'origine réelle de cette néoformation.

L'opinion qui, à l'heure actuelle paraît rallier la majorité des esprits est celle qui soutient que l'adénome prend naissance aux dépens des glandes péri-cervicales.

En étudiant des coupes faites sur le cadavre, et non celles faites sur des prostatectomies, « car l'adénome enlevé la prostate demeure », Guthlert Wallace a démontré en 1902 la présence de glandes prostatiques dans la capsule qui entoure l'adénome.

Les travaux de Motz et Péréarnau, l'examen de Chirié sur un malade de Legueu, l'observation de Cathelin, les trois observations de Freudenberg ont bien montré le refoulement de la prostate en arrière de l'adénome. Elle en est séparée par une couche de tissu conjonctif ou conjonctivo-musculaire plus ou moins lâche contenant les vaisseaux. C'est cette couche qui constitue le plan de clivage que l'on cherche et que l'on doit trouver pour l'énucléation. Sa constitution explique l'hémorragie au cours de l'intervention.

A côté de cette théorie *centrifuge* du refoulement de la prostate par l'adénome, certains auteurs (Marion et surtout Chevassu), tout en reconnaissant qu'il s'agit plutôt de cas exceptionnels, prétendent que la prostate elle-même peut dans toutes ces parties donner naissance à de nouveaux adénomes.

Ces adénomes se feraient aux dépens des formations

glandulaires abérrantes, celles dont nous venons de parler qui ont traversé le sphincter lisse (Papin). Elles ont du reste, au point de vue embryologique, la même valeur. Elles ont aussi la même signification philogénétique (Hogge). Cette deuxième théorie, que nous pourrions qualifier de *centripète* par opposition à la première, retourne à la vieille conception théorique de la maladie prostatique soutenant que les responsables de l'hypertrophie étaient les glandes prostatiques elles-mêmes qui se développaient, devenaient exubérantes et poussaient où elles pouvaient. (Chevassu, Communication à la Société Anatomique, décembre 1911.)

De cette donnée de possibilité de maladie adénomateuse incluse, découle une donnée clinique sur laquelle on n'a peut-être pas assez insisté. Il est judicieux de penser qu'il ne faut pas enlever trop tôt une hypertrophie prostatique. Il faut peut-être attendre que la poussée de la tumeur ait écrasé, atrophié le reste de la glande. Si on enlève trop tôt une hypertrophie prostatique, le restant de cette glande contient encore en quantité de petits adénomes dont le potentiel évolutif est encore grand.

Ne peut-on pas voir une analogie avec ce qu'il convient de faire dans les cataractes où on laisse « murir » le cristallin avant d'intervenir avec toutes les chances de succès?

Technique opératoire

Ces constatations d'anatomie pathologique pratique nous permettent d'émettre une opinion qui n'a du reste rien d'original sur certains petits détails de technique opératoire.

Celle-ci doit évidemment viser à éviter toute récurrence ultérieure. Le but à atteindre est d'enlever toute glande susceptible d'évoluer en adénome. La notion de l'existence de glandes aberrantes, de glandes enchâssées dans la capsule, dans la prostate vraie, glandes microscopiques parfois, doit nous inciter à beaucoup de scepticisme dans l'affirmation que tout est enlevé par l'acte opératoire.

Pour nous mettre dans les meilleures conditions possibles :

Nous croyons que l'emploi d'onglets est non seulement inutile et dangereux, mais encore qu'il ne peut pas y avoir de meilleur moyen de créer de faux plans de clivage, de décapiter des extrémités d'acini.

Nous croyons qu'il ne faut pas toujours partir et procéder de la même façon pour trouver le plan de clivage qui permettra d'enlever la masse adénomatueuse. Il y a là une certaine clinique opératoire. Trois cas principaux se présentent à l'opérateur :

1° il tombe sur une prostate peu saillante dans la

vessie, prostate incluse surtout dans le périnée en somme, ne faisant qu'une saillie médiocre, en dôme, en nappe, dans la cavité vésicale ouverte.

2° au contraire, le doigt rectal ne perçoit que peu de chose, mais dans la vessie s'érige un volumineux lobe moyen derrière lequel on atteint mal un bas-fond très profond.

3° il y a une petite prostate intra-périnéale, à deux lobes latéraux bien isolables, mais on a un lobe moyen en « croupion de poulet », petit, presque pédiculé, mobile, celui qui, a-t-on dit longtemps, devait venir faire clapet sur le sol, clapet d'autant plus obturant que la pression urinaire était plus forte.

Nous pensons que dans le premier cas la façon habituelle de faire du Professeur Marion : introduction forcée du doigt dans l'urètre, le faisant éclater jusqu'à rencontre du plan de clivage, qui permettra, par un mouvement de circonduction du doigt, d'énucléer la masse, comme dans une mandarine à peau très large, on peut sortir le fruit de sa peau, est la méthode la meilleure.

Nous pensons par contre que cette façon de faire, excellente pour les lobes latéraux bien enchâssés et immobilisés par le périnée, est peu sûre dans le deuxième et le troisième cas.

En effet, les lobes latéraux viennent bien ainsi, mais le lobe moyen est difficile à contourner et à isoler. Quand les lobes latéraux surtout ont été enlevés, on n'a plus de plan résistant. La languette, l'auvent vésical peuvent rester chargés de petits adénomes qui demeurent en place et donc pourront proliférer. (Voir

la description anatomo-pathologique de l'observation de Maille.) Dans cette forme anatomique, il faut carrément aborder la masse par derrière sur le versant postérieur du lobe moyen, faire là l'effraction vésicale jusqu'au plan de décollement, et partir de cette porte d'entrée médiane postérieure.

Redirons-nous en ce chapitre ce que toute notre argumentation indique : qu'il faut vider, curer à fond la loge prostatique restante, ne laisser si possible aucun débris, aucune parcelle, à plus forte raison aucune petite masse qui puisse être un adénome. On s'en trouvera bien au point de vue suites opératoires, on se sera mis dans les meilleures conditions possibles, pour avoir bien et définitivement bien fait.

Il faut faire grande attention pour ne rien oublier et ne pas s'estimer satisfait parce qu'on a énucléé de beaux adénomes, rien n'est plus facile que d'en laisser.

Et ce sera chose d'autant plus facile dans la forme « en grappe ». La masse ne vient pas d'un seul tenant. Avec des difficultés très différentes, suivant les cas, suivant la dureté, l'organisation du tissu interstitiel, il faudra évacuer, par fragments, adénomes après adénomes. Il y en a toujours encore un autre. De petits s'énucléeront comme de véritables noyaux de cerise, seront expulsés au lavage seulement, parce que tombés dans la cavité vésicale et ses recessus possibles (Ouraque). D'autres viendront avec la mèche. D'autres probablement resteront enchâssés ou insérés et, quels que soient les soins pris à bien curer la loge, comment pouvoir prétendre que n'aura pas échappé

un petit adénome grain de mil qui deviendra grand?

Devrons-nous incriminer l'opérateur? Certes, non (Pousson).

Bien entendu, nous pensons à l'importance du coefficient valeur personnelle du chirurgien. Bien entendu nous pensons que l'« urologue habitué à cette chirurgie sans grâce, du bout du doigt au fond d'un « puits saignant, à cette chirurgie peu chirurgicale » a plus de chance de n'avoir rien laissé que le chirurgien de chirurgie générale occasionnellement et rarement urologue.

Bien entendu, nous savons que la longueur de notre doigt actif et l'obésité du malade, son relâchement musculaire, sont des facteurs importants. Nous savons aussi qu'il est des adénomes enchâssés dans les prostatites où leur recherche sera très pénible et peu sûre.

Nous croyons pouvoir affirmer qu'on ne peut jamais être certain d'avoir tout enlevé.

Etude clinique des récides

Il est assez difficile de suivre longtemps ses prostatiques opérés.

Ils sont vieux, nous ne pouvons tout de même pas compter les revoir pendant des décades. Ils habitent loin, ils n'aiment pas à se déranger. Si simple et si bénigne qu'ait été l'opération, si heureux en soient les résultats, elle évoque pour eux une période dont ils aiment certes à parler, mais qu'ils redoutent de voir rappeler trop précisément par des explorations (sondes ou doigt). Dans la très grande majorité des cas, du reste, ils sont très satisfaits, rajeunis, et jusqu'à la fin de leurs jours ils urinent bien des urines claires ou troubles.

Et même si les résultats ne sont pas absolument satisfaisants, ils se contentent du résultat approximatif obtenu, même s'il est médiocre.

Et (observation, par exemple, du Professeur Gayet) en fût-il besoin, ils ne se décident que très difficilement à une nouvelle opération.

Nous avons pu en réexaminer beaucoup. Il nous est arrivé de trouver chez eux, avons-nous dit, de nouvelles hypertrophies prostatiques adénomateuses dont ils ne se doutaient pas. C'était bien là des récides ; nous nous sommes expliqués sur ce terme.

Mais qu'importe : récidence anatomique certaine n'implique pas récidence fonctionnelle pathologique et chacun sait bien qu'il n'y a aucun rapport entre le volume d'un adénome et la dysurie provoquée par lui.

De ces malades nous avons sondé quelques-uns, ils étaient sans rétention notable. Ils ont vécu normalement.

Mais d'autres fois — et nous entrons alors dans le vif de notre sujet — d'anciens prostatectomisés, considérés comme guéris, accusent de nouveau des symptômes qu'ils connaissent bien : pollakiurie, dysurie, infection, etc... Ceci se produit à des dates très différentes après la première intervention.

Faisons remarquer ici que dans notre première observation une récidence anatomique certaine fut constatée par le Docteur Rafin un an après, alors que la récidence fonctionnelle pathologique n'apparut que dix ans plus tard.

Ce serait faire œuvre de manuel que d'exposer ici cette symptomatologie itérative. C'est celle d'une rétention, infectée en général, car une vessie qui a été ouverte ne contient pratiquement plus jamais — chez un vieillard — d'urine absolument stérile, surtout si recommencent les phénomènes de résidu, de stase.

La description de la nouvelle symptomatologie qui a nécessité la nouvelle intervention de l'urologiste sera trouvée résumée et schématique dans les observations que nous publions.

Chacune de ces manifestations pathologiques a sa symptomatologie propre, sa date d'apparition, ses

signes subjectifs, ses signes d'exploration, ses signes radiologiques, ses signes fonctionnels.

Nous ne pouvons faire œuvre de propédeutique en les exposant tout au long.

Le diagnostic est tantôt facile, tantôt difficile. Une pierre vésicale secondaire se révèle à la radiographie, au Guyon et à une symptomatologie qui n'autorise vraiment pas l'erreur.

Un diaphragme inter-vésico-prostatique se reconnaît dès la période qui devrait être celle de la fermeture de la vessie. Impossible de remettre la sonde qu'on vient d'enlever, la paroi est fermée. Elle bute, quelle que soit sa courbure à l'entrée de la vessie, se plie, si l'on insiste, dans la nouvelle portion de vessie créée par l'avulsion prostatique ; la fistule abdominale se rouvre.

Il faut user de tous les artifices, béniqués conduits, béniqués coupants, ou bien tout simplement remettre, fistule dilatée, le doigt dans la vessie, et aller chercher le bec d'un béniqué qu'on fera au besoin pénétrer comme il convient par effraction de la muqueuse qui fait diaphragme.

Un rétrécissement urétral, bulbo-prostatique a ses signes d'exploration. Urétrotomie interne ou dilatation jugeront la question.

Maladie nerveuse : signalée pour mémoire.

Mais plus difficiles seront les cas où l'on percevra une nouvelle masse prostatique. C'est alors toute la question du diagnostic entre l'adénome et le néoplasme, le néoplasme étant alors infiniment plus probable et fréquent. Si certains cas : dureté, bosselure, étalement ligneux, douleurs irradiées, etc., etc..., impo-

sont un diagnostic évident et un pronostic inéluctable, d'autres fois il faut chercher davantage, revoir, toucher sur béniqués, etc... Presque toujours, répétons-le, nous serons en face d'une dégénérescence maligne. C'est soit un cancer prostatique vrai qui évolue pour son propre compte (le traumatisme opératoire n'est peut-être pas étranger à sa génèse), une dégénérescence maligne de la coque, soit une récurrence vraie dans l'intérieur de la coque et l'envahissant.

C'est le cas, qui n'est pas rare, où lors de la première exérèse on a enlevé, le sachant ou non, des adénomes dégénérés. Cliniquement, les symptômes pathologiques sont réapparus très vite après la première opération, l'état général devient rapidement mauvais, les douleurs sont importantes.

Il va de soi que dans l'ensemble de tous les cas que nous envisageons la réouverture ou la non fermeture du trajet hypogastrique sera un signe important d'alerte.

Nous ne parlons, bien entendu, pas des réouvertures dans les jours ou les semaines qui suivent la fermeture, que l'on croyait définitive, de la cystostomie. Ce sont là, on le sait, des abcès du trajet, tout rentre vite dans l'ordre, avec quelques jours de sonde à demeure ou même sans sonde. Nous ne voulons parler que des réouvertures récidivantes des fistules ou fistulettes qui s'installent par exemple quelques mois après, se ferment, recommencent interminablement.

Elles sont évidemment la signature de la dysurie revenue et cette dysurie peut être due à une « récurrence ».

Pour résumer cette petite étude clinique, nous dirons donc qu'il y a deux types de « récidives » d'adénomes intra-prostatiques :

Le type qui n'est qu'*anatomique* ; il existe, il est rare, en pratique il est négligeable.

Le type qui est *anatomique et fonctionnel* : c'est celui qui impose qu'on s'en occupe ; il est plus rare encore, les observations s'en comptent ; il indique la même thérapeutique que toute dysurie prostatique par adénome : exérèse chirurgicale en un ou deux temps, intervention endoscopique ; ce n'est pas là le lieu d'en discuter. Comme pis-aller, cathétérismes et lavages.

Observations

Nous nous permettrons de mettre en tête de nos observations celles qu'a bien voulu nous communiquer le Docteur Charlet, qui nous a donné l'idée et les éléments de notre thèse.

Nous suivrons ensuite l'ordre suivant :

Observations inédites que nous devons à la très grande obligeance du Professeur Gayet et du Docteur Phélip, puis observations des Docteurs Oraison, Maille, Lefur, puis celles contenues dans la si intéressante thèse de Chomereau-Lamotte, à laquelle nous avons fait de multiples emprunts.

OBSERVATION I

(Docteur CHARLET)

Nous devons d'avoir cette observation si complète à la très grande obligeance des Docteurs Rafin et Verrière, qui ont bien voulu mettre à notre disposition tous les renseignements concernant la première intervention, renseignements donnés avec la précision et la compétence d'urologistes de leur valeur.

En 1919, M. L..., 59 ans, est adressé au Docteur Rafin.

Dix ans auparavant il a eu une crise de rétention brusque qui a nécessité un cathétérisme, depuis lors il urine souvent, et le matin, par exemple, ne peut uriner qu'après avoir marché.

Il y a deux ans, nouvelle crise de rétention qui persiste, nécessite une sonde à demeure. Dysurie considérable ensuite. Rétention complète depuis six mois. Le malade se sonde lui-même toutes les six heures.

Les urines sont troubles, malodorantes. Pas de symptômes généraux. Azotémie de 0,30, constante de 0,128.

Cystostomie (Docteur Rafin).

Le malade rentre chez lui. Il revient trois mois plus tard, ayant engraisé de 2 kilos, en bon état, mais ayant toujours des urines troubles et malodorantes; il s'est mal fait les lavages prescrits. Azotémie 0,28, constante 0,112.

Le Docteur Rafin, blessé, confie le malade au Docteur Verrière pour la prostatectomie. Anesthésie générale. Prostatectomie très pénible, très dure; la masse finit par s'énucléer en trois morceaux.

Le malade rentre chez lui quarante jours après, guéri.

Il est revu le 10 mars 1920 par le Docteur Rafin. Etat général excellent; deux mictions la nuit; mais depuis quinze jours, après une grippe, une pollakiurie impérieuse se réinstalle, entraînant même des mictions involontaires. Urines louches. Le canal est parfaitement perméable. Résidu : 5 grammes. Capacité : 200 grammes.

Au toucher, on sent une volumineuse prostate, presque comme une mandarine, de consistance charnue, sans sillon médian, sans bourrelet en haut, sans corne, sans nodosité.

Elle évoque l'idée d'un sarcome.

Le Docteur Rafin perçoit même quelques ganglions dans les aines, qui l'inquiètent.

Le malade n'est plus revu par ses premiers opérateurs.

En juillet 1930, donc onze ans après, le malade est présenté au Docteur Charlet, pour dysurie considérable, urines purulentes et très odorantes, très mauvais état général.

Mise à part l'alerte signalée par le Docteur Rafin, en 1920, alerte qui fut de courte durée, le malade est allé très bien jusqu'à environ il y a six mois.

Peu à peu, à ce moment-là, ses phénomènes prostatiques ont recommencé, s'accroissant surtout depuis trois mois.

Le malade se sonde quatre à cinq fois par jour.

Du 10 juillet au 15 août, lavages bi-quotidiens par le médecin traitant. Amélioration de l'état général et de la qualité des urines.

Au toucher rectal, impression très nette d'une très volumineuse hypertrophie prostatique pure. Urée du sang : 0,23.

Cystostomie à la rachianesthésie, le 1^{er} septembre.

Suites parfaites.

Le 20 octobre, prostatectomie à l'éther. Intervention très facile. On n'a à aucun moment l'impression que le malade a déjà été opéré.

Trois gros adénomes bien enlevés sans incident. Leur poids total est de 140 grammes.

Suites parfaites. Le malade sort guéri le 26 novembre.

Nous avons eu la bonne idée de faire faire un *examen anatomo-pathologique* des adénomes enlevés. Voici la réponse du Laboratoire d'Anatomie pathologique de Lyon (Professeur Noël) :

Tissu fibromusculaire contenant des acini glandulaires adénomateux dont quelques-uns renferment des concrétions prostatiques. Autour de quelques acini le stroma est infiltré d'éléments inflammatoires, lymphocytes, plasmocytes, avec quelques éosinophiles. Adénome prostatique sans signe histologique de malignité actuelle.

Nous avons revu en mars 1934 M. L... Il est en parfait état de santé.

Le toucher rectal ne décèle pas trace d'hypertrophie ; il n'a absolument aucun résidu. Le malade se lève deux fois au cours de la nuit et urine très facilement. Ses urines sont légèrement troubles, mais les mictions ne sont pas douloureuses. Elles contiennent 0 gr. 25 d'albumine, 21 gr. 94 d'urée, 10 gr. 05 de chlorure. Cytologiquement : nombreux globules de pus. Pas de cylindre, pas d'hématie.

Urée du sang : 0,37.

OBSERVATION II

(Docteur CHARLET)

Ancien gendarme, 70 ans, qui a été prostatectomisé dans une petite ville voisine par un chirurgien de chirurgie générale, il y a deux ans, donc en 1921.

Prostatectomie en deux temps pour première crise de rétention aiguë succédant à de petits troubles urinaires s'étageant sur trois à quatre ans auparavant.

Il nous a été impossible d'avoir aucun renseignement chirurgical sur l'intervention faite, ses difficultés, la pièce enlevée.

Suites bonnes quant à l'amélioration de l'état général. Mais mictions encore difficiles, et depuis dix-huit mois la cystostomie s'est réouverte et refermée plusieurs fois.

Elle est largement perméable à l'entrée du malade dans notre service, et toutes les urines passent par elle. Bon état général. Urée sanguine 0,30, canal parfaitement perméable à la sonde.

Toucher rectal : adénome prostatique net développé à droite surtout. Nous dilatons aux béniqués droits la fistule et l'exploration intra-vésicale au doigt donne des constatations semblables à celles du toucher rectal.

En septembre 1923, sous rachianesthésie, prostatectomie itérative très facile. Gros lobe droit, petit lobe médian, petits adénomes gauches.

Il nous est impossible d'affirmer ce que nous pen-

sons pourtant : le lobe droit n'a jamais dû être enlevé.

Suites parfaites. Le malade est mort deux ans après de pneumonie, nous a-t-on dit. Il ne s'était plus jamais plaint de ses mictions.

OBSERVATION III

(Docteur CHARLET)

En avril 1924, M. B..., 63 ans, nous est adressé pour rétention chronique infectée ayant nécessité des sondages devenus plus fréquents et plus difficiles.

Mauvais état général. Pas de tare organique. Urée sanguine 0,51. Au toucher, volumineuse prostate pure.

Après deux jours de sonde à demeure et de lavages, le malade, reculant devant l'intervention, cystostomie à l'anesthésie locale. Suites normales, amélioration considérable de l'état général.

Le malade rentre chez lui. Le 25 août, donc près de cinq mois après, le chiffre d'urée étant difficilement descendu à 0,41, prostatectomie à l'éther : énucléation difficile et pénible, un gros lobe médian saillant dans la vessie, deux lobes latéraux qui se clivent mal. On a cependant l'impression d'avoir fait une opération correcte.

Suites excellentes. Fermeture définitive un mois après.

Le malade, très satisfait, n'est plus revu jusqu'en septembre 1932. A ce moment-là, donc huit ans après, il se plaint de dysurie douloureuse considérable ayant

progressivement augmenté depuis six mois environ. Il n'a pas eu recours à la sonde. Il n'a pas eu d'ématurie. Sa vessie est saillante à l'hypogastre. Son état général est précaire, teint jaune, teint d'infecté.

Le sondage ramène 400 centimètres cubes d'urines purulentes et odorantes, et la sonde donne le contact d'un corps dur.

Le diagnostic de calcul s'impose. Il est vérifié à la radiographie. Toucher classique d'une grosse hypertrophie prostatique pure.

Le 10 septembre : cystostomie à l'anesthésie locale. Le calcul est enlevé. Il est blanchâtre, ovulaire, à 7 centimètres dans son grand axe. Son analyse chimique n'a pas été faite, mais ce devait être un calcul surtout phosphatique.

Suites normales, immédiatement excellentes, mais le malade, pusillanime et assez sénile, refuse la prostatectomie itérative que nous lui proposons.

Revu récemment en parfait état de santé et s'accommodant très bien de son infirmité.

OBSERVATION IV (Professeur GAYET)

Hypertrophie prostatique — Prostatectomie Mauvais résultat.

C. F..., 61 ans, a été opéré de cystostomie le 5 mai 1931 et prostatectomisé le 18 juin par un éminent chirurgien général. Il était cicatrisé à la fin de

juillet, mais la plaie s'est rouverte après dix jours, puis refermée et rouverte plusieurs fois.

Le 21 janvier 1932, ce malade vient consulter M. le Professeur Gayet. La plaie s'est fermée depuis un mois, les urines sont très chargées et les mictions fréquentes de jour et de nuit; il a de l'épididymite. A l'examen : résidu de 100 grammes, très sale et mal-odorant. La prostate est perçue avec un lobe droit un peu dur.

On conseille des antiseptiques et des lavages, et ensuite cystoscopie et radiographie. Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION V

(Professeur GAYET)

Hypertrophie prostatique — Prostatectomie ancienne

F..., 78 ans, a été opéré de prostatectomie en un temps au cours de l'année 1917 par un chirurgien général, après six mois de symptômes dysuriques. On a enlevé une prostate assez grosse. Il a fallu cinq mois pour la cicatrisation et encore après suture. A la fin de 1926, des troubles réapparaissent. On lui fait des lavages sans amener d'amélioration.

Le 15 mars 1928, il vient consulter M. le Professeur Gayet. A cette époque, l'évacuation est incomplète, il y a un résidu. Les mictions se font en deux temps. A l'examen, les urines sont boueuses, surtout dans

le deuxième temps. Au toucher, la prostate est un peu grosse et inégale. Le sondage, facile, ramène un résidu de 200 grammes. La cystoscopie est ajournée pour nettoyage préalable.

18 mars : La cystoscopie montre une grosse prostate. Pas de diverticule. On en conseille une nouvelle, qui a lieu le 19 mars. Le lavage est laborieux, la vessie étant très sale. On arrive cependant à voir une cavité très accidentée, colonnes et cellules, sans qu'on puisse découvrir de vrai diverticule. Il y a, surtout à droite, un gros développement de la prostate intra-vésicale avec bas-fond accentué. On propose une prostatectomie en deux temps. Le malade m'écrit qu'il va se faire réopérer dans une autre ville.

OBSERVATION VI (Professeur GAYET)

Hypertrophie prostatique Prostatectomie datant de trois ans — Récidive

L..., 68 ans, prostatectomisé à Cahors par un chirurgien général, a vu son état amélioré pendant trois ans. Puis réapparition de crises irrégulières de rétention nocturne, survenant toutes les trois semaines ou un peu plus. Ces crises sont précédées de frissons. Les urines sont souvent un peu rouges ou troubles le lendemain.

A l'examen, la prostate est grosse et molle (presque

mandarine). La vessie ne paraît pas distendue ; résidu insignifiant après sondage. On fait une prise de sang pour urée. On conseille un traitement décongestionnant et un régime.

OBSERVATION VII (Professeur GAYET)

Prostatectomie — Récidive

F. A..., 58 ans, a été opéré par un chirurgien d'une autre ville pour rétention, après six semaines de sonde. La cystostomie a été faite le 11 juillet 1931. La prostatectomie a eu lieu douze semaines après. La plaie est cicatrisée au bout d'un mois. Cependant il garde un peu de pus dans les urines et par là a un peu d'albumine.

Il vient voir M. le Professeur Gayet le 21 mai 1932. A l'examen on ne trouve pas de rétrécissement. Au toucher on sent une prostate presque aussi grosse que s'il n'y avait pas eu d'opération.

En le sondant on retire un résidu de 30 grammes environ, trouble. Le malade a de l'insuffisance aortique. On conseille des antiseptiques et des lavages. Plus tard, une saison à Evian.

OBSERVATION VIII

(Professeur GAYET)

Hypertrophie prostatique *Prostatectomie — Récidive avec hyperazotémie.*

M. M..., 65 ans, a été opéré il y a neuf ans par un éminent chirurgien général lyonnais : prostatectomie en deux temps. Il n'aurait été enlevé qu'un débris comme une fraise. Cicatrisé en un mois. Pendant quelque temps la dysurie cède, puis revient peu à peu.

En mai 1932, le malade éprouve de la pesanteur au bas-ventre et une fatigue générale. Une prise de sang donne 0,82 d'urée. On le soigne pour néphrite.

En décembre 1932, il voit un chirurgien qui lui trouve une énorme distension vésicale. Les mictions se font par regorgement. L'urée du sang est de 1 gr. 34. Le traitement consiste en une sonde à demeure, assurant d'abord l'évacuation fractionnée de la vessie (malgré cela il y a eu légère hémorragie), puis le drainage permanent. La situation reste inchangée. Le malade est débarrassé de sa sonde à demeure, il urine par regorgement, et le résidu dépasse un litre. Au toucher, la prostate paraît augmentée de volume. M. M... est envoyé à M. le Professeur Gayet qui :

Le 10 janvier 1933 : lui trouve une très grosse prostate, comme une forte mandarine. L'analyse donne 1 gr. 18 d'urée et une constante de 0,22. On met une

sonde à demeure quelques jours et on fait suivre un régime hypoazoté.

Le 21 janvier 1933 : l'azotémie étant à 1 gr. 18, on tente une cystostomie sous anesthésie locale.

27 janvier : les suites en sont très simples. Plusieurs analyses sont faites ensuite, l'urée sanguine descend à 0,67, puis à 0,62, mais ne disparaît pas davantage malgré un régime sévère.

On essaie un traitement par l'insuline (20 unités) et extrait hépatique, en alternant chaque jour ces médicaments. Le troisième jour, apparition d'hématuries ; on donne du chlorure de calcium. Le huitième jour, nouvelle prise de sang, dosage : 0,565. On continue ce traitement. Le quinzième jour : 0,60. Le malade est renvoyé chez lui.

Le 15 octobre 1933, le malade revient à la clinique pour être examiné au point de vue d'une opération endo-urétrale. L'urétrocystoscopie au Mac Karthy montre un défilé entre deux gros lobes prostatiques. Une résection électrique ne paraît pas possible ; il rentre chez lui avec 0,66 d'urée.

Le 20 janvier 1934, le malade est revu pour un changement de sonde. Une prise de sang donne 0,47 d'urée. Le Professeur Gayet compte l'opérer, si le taux de l'urée persiste au-dessous de 0,50.

Le 21 février, une nouvelle prise de sang donne 0,46. L'opération est décidée ; elle est pratiquée le 13 mars. Le 7 avril, la plaie est cicatrisée, le malade urine bien.

Examen histologique. — A la coupe, fibro-adénome typique où les deux éléments : tissu conjonctif et adé-

nomes se mélangent en parties sensiblement égales. Les cavités glandulaires sont revêtues d'une belle rangée épithéliale, en certains points il y a une tendance à la prolifération assez nette, mais nulle part il n'y a trace d'une dégénérescence cancéreuse.

OBSERVATION IX (Professeur GAYET)

Lithiase vésicale — Hypertrophie prostatique
Prostatectomie — Récidive
Prostatectomie itérative.

C..., 64 ans, a été opéré de prostatectomie en avril 1918 par un éminent chirurgien général lyonnais; taille hypogastrique, on a enlevé la prostate et retiré deux gros calculs. A été réopéré en avril 1919 pour une fistule post-opératoire et l'ablation de deux calculs. Cette fois la plaie s'est bien fermée, mais un mois après, réapparition de douleurs et de signes de calculs. A la radiographie on trouve un calcul gros comme un œuf de pigeon. Vient consulter le Professeur Gayet, en octobre 1919.

Le 14 octobre 1919, une cystoscopie montre un gros calcul du volume d'une noix. L'exploration au Thomson avait donné la même impression.

Le 20 octobre: opération sous anesthésie à l'éther. Taille hypogastrique sur l'ancienne cicatrice. Extraction du calcul, exploration au doigt qui montre une

grosse prostate qui est enlevée ; tube Freyer. La prostate enlevée représente surtout le lobe gauche et le lobe médian ; elle est du volume d'une mandarine.

27 octobre : Pas de température ; le malade est en bonne voie de guérison.

4 décembre : Le sujet est en parfait état. Il a grossi de 3 kilos. Il urine librement, mais les urines sont troubles.

Revu le 9 juin 1920 : Se plaint de phénomènes de cystite, résidu très faible (25 cc.), urines assez claires. Au toucher, on sent un épaississement de la paroi postérieure de la vessie. La cystoscopie montre une vessie à colonnes, très grosses cellules, vrais diverticules en bas et en arrière. Pas de calcul.

Le malade est suivi plusieurs années. Il reste bien guéri, les urines sont claires, résidu très faible. Mais c'est un alcoolique et il finit par mourir d'une cirrhose du foie.

OBSERVATION X

(Docteur Louis PHÉLIP)

D..., 73 ans, Vienne.

21 mai 1931 : Vient nous consulter pour des troubles mictionnels. Il a été opéré quatorze mois auparavant par un excellent chirurgien général, qui lui a pratiqué l'ablation de la prostate. Les suites opératoires ont été simples et la fermeture de la vessie s'est faite sans incident au bout de sept semaines.

A partir du mois de février 1931, les troubles de la miction qui avaient complètement disparu après l'opération reviennent progressivement et une fistule sus-pubienne se produit. On met une sonde à demeure par l'urètre; la vessie se ferme, on retire alors la sonde, le malade n'urine que quelques gouttes, la fistule se rouvre, et malgré cette fistule on constate un résidu de 300.

Le toucher rectal est entièrement négatif.

Nous pratiquons chez ce malade, le 27 mai, une endoscopie qui nous montre l'existence d'un petit lobe implanté au niveau du plancher vésical du côté droit. Lors des mouvements de la miction, examinée avec notre uréthro-cystoscope, on constate que ce petit lobe vient faire clapet.

Le 28 mai, nous utilisons la fistule sus-pubienne pour énucléer ce lobe. Une dilatation est faite aux bougies d'Hegar. Nous constatons avec le doigt nu qu'il y a en effet au niveau du plancher du col, à droite, une petite masse arrondie, qui est cause de la réapparition des signes de rétention. Très facilement nous énucléons ce petit adénome régulier, nullement d'aspect néoplasique, ayant la forme d'une petite olive. L'intervention ne s'accompagnant pas d'hémorragie nous ne mettons pas de tamponnement.

Quelques jours après nous mettons une sonde dans l'urètre et la vessie se ferme le 10 juin. A ce moment-là, nous constatons que la vessie se vide complètement. Le malade rentre chez lui quelques jours après, avec une azotémie de 0,70.

Nous apprenons par la suite qu'il est mort quelques

mois après d'urémie, mais sans avoir jamais présenté à nouveau de troubles mictionnels.

Nous croyons que chez ce malade il y a eu prostatectomie incomplète avec un tout petit adénome laissé en place qui s'est développé assez rapidement par la suite pour provoquer les symptômes occlusifs.

OBSERVATION XI

(Docteur ORAISON, de Bordeaux)

(XXIX^e Congrès français d'Urologie,
Paris, octobre 1929)

Il s'agit d'un malade de 74 ans, M. P..., qui, prostatectomisé il y a onze ans par mon maître, M. le Professeur Pousson, s'est très bien porté et a complètement vidé sa vessie jusqu'à il y a un peu plus d'un an.

A ce moment, janvier 1928, il fit, sans douleur et sans fréquence, une hématurie spontanée abondante, à type total, qui s'est arrêtée rapidement, mais qui s'est reproduite plusieurs fois depuis, avec moins d'intensité.

Une nouvelle hématurie, beaucoup plus sérieuse, survient dans les mêmes conditions, le 15 mars 1929.

Le malade, déjà tourmenté par de la fréquence mictionnelle surtout nocturne, avec dysurie depuis un certain temps, vient me voir en rétention complète avec un lobe vésical remontant à l'ombilic.

Le cathétérisme, très difficile, permet d'évacuer,

après un bon litre d'urine, une grosse quantité de caillots. La sonde est laissée à demeure et le malade absorbe des hémostatiques. Malgré tout, l'hématurie continue abondante pendant dix jours.

La cystoscopie, pratiquée à ce moment, montre deux lobes latéraux volumineux, limitant une tranche médiane inférieure et présentant des bourgeons charnus, source de l'hémorragie. Il existe également quelques bourgeons au niveau du bas-fond, qui me font penser à un néoplasme vésico-prostatique. Une fois le sang arrêté, je mesure le résidu, qui est de 350 grammes. L'azotémie est à 0,42. Etat général bon. Le toucher rectal montre une grosse saillie prostatique lisse, régulière, rénitente.

Je décide d'ouvrir la vessie et éventuellement de traiter le néoplasme soupçonné. Je tombe sur un véritable col utérin bourgeonnant, saillant de 4 centimètres au moins dans la vessie avec une encoche au niveau de la lèvre postérieure. Il coule du sang en nappe par l'orifice central. Les bourgeons du bas-fond paraissent insignifiants et de nature inflammatoire.

Le médecin du malade, qui assiste à l'opération, m'affirme que la première fois, il y a onze ans, on a enlevé, *en un seul bloc, un adénome* du volume d'une pêche moyenne, traversé par l'urètre qui avait suivi.

Malgré l'opinion de la très grande majorité des auteurs, je transforme mon premier diagnostic en celui de récurrence d'adénome, et je pratique séance tenante la prostatectomie, d'ailleurs facile. J'enlève en un seul bloc également un adénome du volume d'une

mandarine. Peu de saignement. Le 24 mai, vingt-huit jours après l'opération, le malade quittait la maison de santé complètement guéri, vidant intégralement sa vessie. Je l'ai revu plusieurs fois depuis ; il continue à bien se porter, n'a plus saigné.

L'examen histologique de la pièce exclut toute idée de néoplasme et confirme l'existence d'un adénome banal. On ne trouve nulle part trace de fibres musculaires.

OBSERVATION XII

(Docteur MAILLE)

(XXXI^e Congrès français d'Urologie.

Paris, octobre 1931)

En novembre 1930 m'était envoyé en consultation par son médecin un grand bel homme de 70 ans qui souffrait depuis plusieurs mois de pollakiurie avec urines troubles.

Il avait été opéré en 1920 de prostatectomie en un temps par un chirurgien des hôpitaux de Paris, aujourd'hui décédé.

Ce chirurgien lui avait enlevé, en même temps que son adénome, un semis de petits calculs logés dans son bas-fond vésical.

Le malade avait été opéré d'urgence, en pleine infection, et les suites opératoires furent longues, avec de grosses poussées de température. Il lui en resta

une éventration de la région de la ligne blanche, sur une hauteur de quatre doigts au-dessus du pubis.

Pendant six ans après cette intervention, la fonction urinaire redevient normale. Le malade a des urines claires, n'urine plus la nuit, et normalement le jour.

Vers 1927, les mictions redeviennent petit à petit plus fréquentes. En 1930 elles redeviennent troubles et c'est toutes les demi-heures, jour et nuit, que le malade est obligé d'uriner lorsqu'il vient me voir.

Au toucher rectal, la loge prostatique est souple et ne bombe pas dans le rectum. Par contre, on retire à la sonde, après la miction, environ 300 grammes d'urines troubles : mise en place d'une sonde à demeure, désinfection journalière de la vessie au protargol, puis au nitrate. Au bout d'un mois j'obtenais des urines claires, mais il restait encore 150 centimètres cubes de résidu vésical.

Je pus à ce moment faire une cystoscopie qui me montra un col vésical normal à ses parties supérieure et latérale, mais présentant à sa partie inférieure un éperon dont il m'était impossible de voir la pointe, même en enfonçant le cystoscope au maximum.

Le malade ayant une bonne azotémie et une bonne constante, je l'opérai le 22 décembre dernier. Après dissection et ablation du paquet cellulo-adipeux qui matelassait l'éventration, après mise à nu des bords internes des droits en vue de la suture, je trouve, à l'ouverture de la vessie, un gros adénome *presque complètement extériorisé dans la vessie et dont la base d'implantation est située sur le bord inférieur du col*. Cet adénome, un peu en gouttière, coiffait la sonde à la manière d'un capuchon.

L'énucléation en fut facile, ainsi que celle d'un très petit noyau adénomateux, gros à peine comme un noyau de cerise, que l'on sentait dans la région d'implantation, après ablation du gros adénome.

Suites opératoires très normales, apyrétiques, et fermeture de la vessie vers le vingtième jour.

OBSERVATION XIII

(par le Docteur LE FUR, de Paris)

(Extrait des Bulletins et Mémoires de l'Association Française d'Urologie)

J'ai observé *trois cas de récurrence chez des prostatectomisés*. Dans deux cas, il s'agissait de lobes nettement médians et même pédiculés, la prostate n'avait pas été enlevée; rien d'étonnant donc que dans ces cas une évolution adénomateuse se manifeste au niveau de cette prostate qu'on avait laissée. Il faut remarquer cependant que si dans l'un des deux cas le retour des accidents prostatiques a été assez rapide (un an environ), dans l'autre il a été beaucoup plus tardif (neuf ans) et il pourrait bien s'agir ici d'une vraie récurrence.

Dans notre troisième cas, j'avais pratiqué *la prostatectomie totale*; le malade, qui présentait un gros résidu vésical de 400 à 500 grammes, a continué, pendant quatre ans après l'opération, à vider complètement sa vessie; puis il fut repris d'accidents prosta-

tiques avec rétention et je dus lui faire une nouvelle prostatectomie ; il s'agissait dans ce cas d'une récursive adénomateuse certaine.

OBSERVATION XIV

(Victor BLUM)

*(Section urologique de l'Hôpital Sophie, à Vienne.
The urologie and cutaneous review de Mai 1920)*

Karl W..., 67 ans, conseiller à la Cour.

Histoire de la maladie. — 9 novembre 1919 : à l'âge de 58 ans, en mars 1910, il souffrit d'une rétention d'urine et présenta des signes d'urémie. Au début d'avril 1910, hémorragie vésicale, et plus tard phénomènes de cystite aiguë. Son docteur découvrit, au toucher rectal, une prostate de la grosseur d'une mandarine qui allait saigner sous peu.

Comme la rétention d'urines continuait et que la difficulté de passer une sonde augmentait, on fit, selon la méthode de Freyer, une prostatectomie typique suprapubienne. La prostate entière fut énucléée en trois morceaux. Elle était aussi grosse qu'une pomme de bonne taille, avec des nodules. L'examen histologique montra l'hypertrophie glandulaire de l'hypertrophie prostatique et un léger degré d'inflammation.

La guérison de la plaie et la convalescence furent plutôt lentes. Les urines restèrent troubles pendant longtemps, mais le patient pouvait vider sa vessie à

intervalles réguliers, sans difficulté, en un jet vigoureux.

Le malade quitta l'hôpital le 31 août 1910; la plaie opératoire n'était pas encore fermée et il s'écoula par cette plaie un peu d'urine pendant trois semaines.

La miction n'était pas douloureuse jusqu'au début de l'année 1919, date à laquelle il eut du ténesme de temps en temps, au passage d'une petite quantité d'urine seulement. La difficulté a augmenté depuis le 1^{er} mars, et depuis ce temps le patient s'est sondé lui-même d'abord deux fois et plus tard trois fois par jour, vidant souvent sa vessie de 500 centimètres cubes d'urine résiduelle.

Etat présent. — Homme fort et large, d'apparence jeune; pouls bien frappé, rythmique et uniforme; région rénale non douloureuse; une cicatrice dans la région sus-pubienne, résultat de l'opération d'il y a neuf ans; peau très mince à cet endroit. Hernie abdominale.

Examen rectal : prostate grosse, particulièrement à gauche, de la grosseur d'un œuf d'oie, de consistance « not tender soft », non dure, ferme.

Cystoscopie : Introduction du cystoscope avec difficulté, puisque le passage dans l'urètre postérieur est obstrué et que la prostate saigne facilement. La rétention d'urine est complète. Capacité de la vessie : plus de 200 centimètres cubes. La surface de la tumeur prostatique est douce et la muqueuse est marquée de veines épaisses. Sonde permanente et préparation pour l'opération.

5 septembre 1919 : Opération.

Prostatectomie suprapubienne avec anesthésie locale. La paroi antérieure de la vessie fut fixée temporairement à la peau par trois points de suture et finalement ouverte par une incision de 4 centimètres de longueur. La prostate fut fixée avec une longue spatule. L'un des lobes s'étendait comme une « langue » au bas de la vessie.

Après introduction de deux doigts de la main gauche dans le rectum, les lobes droit et gauche de la prostate furent soigneusement séparés de leur attache et enlevés en plusieurs morceaux. Après l'énucléation de la glande en segments, ce fut un travail particulièrement difficile d'enlever tous les fragments qui s'entassaient dans le creux du champ opératoire. On tamponna le champ opératoire, qui saignait très peu, avec des compresses iodoformées.

Durée de l'opération : Quarante minutes. Succès de l'anesthésie locale.

La glande qu'on enleva présentait une masse de nodules dont la taille surpassait considérablement celle du poing d'un homme. Elle se composait de nodules séparés qui variaient de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle du poing d'un enfant. La coupe des nodules montra la structure typique d'un fibro-adénome qui fut examiné microscopiquement.

Histologie : Hypertrophie glandulaire de la prostate.

Les suites opératoires sont bonnes. Le 16 septembre, la sonde est enlevée depuis deux jours ; depuis ce temps, pas d'urine par la cicatrice abdominale. Le patient se lève. Il vide sa vessie à des intervalles de

trois à quatre heures en un jet large et fort, l'urine est cependant quelque peu trouble.

Dernière observation en décembre : pas de plainte en ce qui concerne la fonction urinaire.

OBSERVATION XV

Ernst W. FRANCK, cité par BLUM
The Urologie and cutaneous review

En 1904, prostatectomie suprapubienne faite par Franck sur un cas d'hypertrophie de la prostate, avec succès complet.

Un examen cystoscopique fait en 1906 montra une grande hypertrophie de la prostate qui conduisit normalement à une rétention d'urine et à une hémorragie.

En 1910 (soit six ans après la première opération), une prostatectomie suprapubienne fut effectuée de nouveau et on énucléa une glande pesant 80 grammes.

Il s'ensuivit une guérison complète.

OBSERVATION XVI

V. LUMPERT, cité par BLUM

En juin 1910, Lumpert rapporte le cas, à l'autopsie, d'un homme de 66 ans, qui, à l'âge de 55 ans, en 1899, fut opéré à la clinique chirurgicale pour une hypertrophie de la prostate, de la grosseur d'une pomme.

Opération suprapubienne. En 1899, à une deuxième opération, on enleva des tumeurs de la grosseur d'une noix, par cautérisation des deux lobes latéraux.

A une troisième opération, on enleva des nodules proéminents dans la vessie. Amélioration, mais trois fistules urinaires.

En 1902, récente et complète rétention d'urine et inflammation purulente des testicules. A une quatrième opération, castration. Amélioration; en 1907, cinquième opération, prostatectomie périnéale. Prostate enlevée complètement, mais quelques restes dans la vessie. En 1910, mort par urémie.

A la coupe de la prostate prélevée par autopsie, on trouva une série de nodules de 1/2 centimètre de diamètre dans les deux lobes qui étaient sans malignité d'après l'examen histologique. On trouva clairement la régénérescence du tissu hypertrophique. La régénération venait de la glande urétrale restant de l'opération précédente.

OBSERVATION XVII

HÉDINGER *montra*, en 1906, deux préparations de tumeurs récidivantes après prostatectomie, présentation faite au meeting de la *Bezirksverein*, à Berne.

A) — Août 1905 : Prostatectomie périnéale.

A l'examen histologique, hypertrophie typique glandulaire, sans malignité. Le malade meurt le 31 décembre 1905, d'une hernie étranglée : « Chose éton-

« nante à rapporter, on découvrit par section, sous
« l'orifice interne de l'urètre, une large prostate ty-
« pique qui avait des canaux microscopiquement di-
« latés. »

Au point de vue histologique, nouvelle formation intensive de poussée bénigne, réformation provenant de la glande sub-urétrale.

B) — Homme de 65 ans, qui avait subi une prostatectomie suprabubienne deux mois auparavant. Au point de vue histologique, tubes de la glande très dilatés, avec formation de papilles.

A l'autopsie, on trouve une grosse prostate montrant, au point de vue histologique, un tissu typique de prostate avec tubes dilatés. Pas de malignité.

La régénération a pu se faire aux dépens des restes laissés dans l'urètre, ou aussi des parties périphériques.

OBSERVATION XVIII

PAPIN (de Paris). *In Thèse Perrin*, 1924

C. J..., âgé de 71 ans, a été opéré en 1906, par prostatectomie périnéale, d'un adénome prostatique de la grosseur d'une petite mandarine, ayant provoqué des crises de rétention incomplète.

La convalescence fut très longue, une fistule périnéale persista trois mois ; pas d'incontinence.

Le malade, bien que vidant mieux sa vessie, conserva un résidu et des urines troubles : il faisait de temps en temps quelques poussées fébriles,

En 1913, il fait une crise de rétention complète, et le même chirurgien lui enlève, par l'hypogastre, un adénome sensiblement égal au précédent. Au bout d'un mois et demi, le malade sort guéri. Mais il conserve toujours un résidu et des urines troubles qui l'obligent régulièrement à se faire laver la vessie toutes les semaines. Chaque lavage provoque une orchite droite avec fièvre, orchite souvent modérée, mais certains jours, le testicule est gros, douloureux et oblige à garder le lit.

Les malaises continuant à s'aggraver et la rétention augmentant, le malade subit une troisième prostatectomie et, pour la deuxième fois, par l'hypogastre. L'intervention est faite par M. Papin, le 14 octobre 1921, qui énuclée un adénome typique de la grosseur d'une noix. L'histologie confirme le diagnostic clinique. La convalescence est rapide, le malade sort le 14 novembre et, pour la première fois, se déclare absolument soulagé. Les urines sont claires, il n'y a qu'un résidu insignifiant. Sur les conseils du chirurgien, le malade vient chaque année se faire passer quelques béniqués. Revu le 30 avril 1924, l'amélioration se maintient; l'état général est excellent. Les mictions ne sont ni fréquentes (une fois la nuit), ni douloureuses, ni impérieuses, le jet est normal; mais il y a une légère incontinence diurne qui oblige le malade à porter un suspensoir, garni de coton; quelques gouttes s'échappent parfois de la verge, principalement à la fin de la miction.

Le toucher prostatique ne fait rien sentir, le canal paraît normal, une bécuille 19 passe facilement et ramène un résidu de 10 cc. nullement purulent.

Les urines sont d'ailleurs claires. Un béniqué 60 est facilement introduit. La capacité vésicale est normale.

Le malade ne donne pas de renseignements précis sur l'état de ses fonctions génitales.

OBSERVATION XIX

Professeur LEGUEU, in *Thèse Perrin*

C. J..., âgé de 70 ans, a été opéré par la voie hypogastrique, pour un adénome de la prostate, le premier janvier 1919, par un chirurgien de province non spécialisé. Cette opération sur laquelle il ne donne aucun renseignement, avait été précédée d'une longue série d'accidents de prostatisme, le malade étant en rétention chronique incomplète depuis de longs mois; il n'avait jamais eu de crise de rétention complète. La convalescence fut longue, la plaie hypogastrique lente à se fermer; il y eut des hémorragies fréquentes, la cavité prostatique n'avait pas été tamponnée. Trois mois et demi après l'intervention, le malade était guéri, et ne présentait aucun trouble de la miction.

Cette guérison se maintint pendant environ trois ans. Le malade commença alors à éprouver les mêmes signes qui nécessitèrent sa première opération; la pollakiurie nocturne, particulièrement intense, le forçait à se lever huit à dix fois par nuit. Le chirurgien fit des lavages de la vessie qui n'amenèrent aucun résultat.

Cependant son état s'aggravait. Le malade atteint de rétention chronique incomplète, était obligé de recourir à la sonde.

Nous l'examinons, le 14 mai 1924, soit 5 ans et 4 mois après sa première opération. Malgré qu'il se plaigne d'un amaigrissement accentué, le malade paraît, pour son âge, bien constitué. La cicatrice hypogastrique est déprimée ; elle est très basse, l'extrémité inférieure atteint le pubis. Pas d'éventration. Une bécaille 18 pénètre facilement dans la vessie, mais elle doit être profondément enfoncée pour que l'urine s'écoule.

Gros résidu très louche, sans odeur. Le cystoscope pénètre assez difficilement ; on a l'impression que le bec est obligé de se frayer un chemin ; il doit être très enfoncé pour pénétrer dans la vessie ; on y parvient difficilement. On note une déformation considérable du col donnant l'impression d'une masse solide. Le bord supérieur du col est horizontal, les bords latéraux convexes en dedans, le bord inférieur est très difficile à voir parce qu'on ne peut en éloigner le cystoscope à distance suffisante. Sur tout le pourtour, végétations irrégulières, arrondies, rosées, sans ulcérations. Il s'agit vraisemblablement d'un très volumineux adénome, il n'y a aucun signe de dégénérescence néoplasique.

Le toucher rectal fait sentir une très grosse tumeur bombant dans le rectum, à consistance élastique et uniforme, sans point particulièrement induré ; on peut facilement délimiter la prostate sur les côtés, mais il est très difficile d'en atteindre le bord supérieur, en raison de son volume.

Le malade d'ailleurs se plaint d'éprouver plus de gêne rectale actuellement, qu'il n'en éprouvait avant d'être opéré. Pas de ganglions. Rien dans les testicules. En résumé, on a l'impression très nette qu'il existe

un très gros adénome, que cette tumeur ne paraît pas un néoplasme et que, n'étant la notion de la prostatectomie antérieure, on pourrait poser le diagnostic ferme d'adénome prostatique typique.

OBSERVATION XX

Hôpital du Tondu. Service des maladies des voies urinaires de M. le Professeur DUVERGEY

4 novembre 1926. M. R... Raymond, 70 ans, opéré en 1920, à Paris, par M. Minet, d'un adénome prostatique.

Entre de nouveau à l'hôpital parce que, depuis plusieurs années, il présente de nouveau de la dysurie. A son entrée à l'hôpital, il est en rétention depuis 48 heures.

Le toucher rectal est pratiqué et montre une prostate volumineuse, ferme, mais non dure, bien limitée.

Le diagnostic porté est : récurrence d'adénome. Sucre, 0. Albumine, 0,10. Urée, 0,76.

L'on décide une prostatectomie itérative en deux temps. Cystostomie (M. le Docteur Ramarony, M. Navarette).

Urée, 0,27.

Prostatectomie le 17 novembre, sous rachianesthésie (Docteur Ramarony, M. Leymarie).

Exeat, guéri, le 16 décembre 1926.

OBSERVATION XXI

Professeur DUVERGEY, Docteur DAX.

Société anatomo-clinique de Bordeaux, 12 mai 1924

Un cas de prostatectomie itérative

La pièce que nous vous présentons est un volumineux adénome prostatique qui fut extirpé le 12 avril dernier, chez un sujet déjà prostatectomisé il y a douze ans

Il s'agit d'un homme de 66 ans, dont l'histoire est la suivante :

En 1912, il subit une prostatectomie, à Rochefort, pour hypertrophie de la prostate. Pendant deux ans, il fut très amélioré ; puis, en 1914 (soit deux ans après son opération), les signes de prostatisme reparaissent ; il fut pris de nouveau de dysurie qui se compliquait de temps en temps d'accès de rétention d'urine et d'hématurie ; dans l'intervalle des hématuries, les urines étaient louches, les mictions fréquentes et difficiles.

Le malade traîna ainsi pendant huit ans, puis en octobre 1922, la rétention s'aggravant, on pratique une cystostomie que le malade a toujours conservée depuis.

Malgré l'ouverture de la vessie, les hématuries reprennent de temps à autre, ainsi que des crises de ténesme qui déterminent le malade à rentrer à l'hôpital.

A l'entrée, le malade se présentait avec une sonde hypogastrique, ses urines étaient sales et il existait un peu de température vespérale.

L'état général était médiocre et faisait penser à un

néoplasme. Toutefois le toucher rectal révéla une prostate souple et ne faisant aucun relief dans le rectum. La cystoscopie montra cependant l'existence d'une grosse saillie adénomateuse intravésicale : pas de calcul, pas de tumeur de la vessie.

A l'intervention, on tomba sur cet énorme adénome qui se laissa cliver et enlever très facilement.

Examen du Laboratoire annexe d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux (Hôpital Saint-André).

F... Léon, 66 ans. Diagnostic clinique : adénome prostatique.

Il s'agit d'un adénome à microkystes très dissociés. Quelques-unes des cavités contiennent des sympexions. Il est des régions où cet adénome évolue dans le sens d'adéno-épithéliome. Beaucoup de phénomènes inflammatoires se sont manifestés autour.

Lymphocytose, plasmocytose. Pas de tubercules.

L'examen histologique, pratiqué par M. Sabrazes, a montré que cet adénome tendait par places à évoluer dans le sens de l'épithéliome.

Conclusions

I. — Ce qu'on appelle à tort récédive d' « Hypertrophie prostatique », n'est que la continuation de la maladie.

II. — Elle s'explique par le fait que de nouveaux adénomes intra-prostatiques peuvent se développer aux dépens :

- a) de fragments de glandes **péri-urétrales** laissés en place au cours d'une exérèse qui ne fut pas intégrale.
- b) d'autres glandes, glandes aberrantes, glandes prostatiques vraies, peut-être déjà adénomateuses, qui ont échappé au doigt de l'opérateur.

II. — Ces récédives sont rares, ou plutôt rarement reconnues, car il existe des récédives purement anatomiques, sans aucun trouble fonctionnel, qui passent évidemment inaperçues, et des récédives anatomiques et physio-pathologiques beaucoup moins nombreuses.

IV. — Bien moins fréquentes que les évolutions néoplasiques de l'organe, elles doivent soigneusement en être distinguées.

V. — Leur thérapeutique idéale est une nouvelle prostatectomie.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	GAYET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 27 Avril 1934.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- ALBARRAN. — Prostatectomie périnéale. Résultats éloignés. *Association française d'Urologie*, VII^e session, 1903.
- ANDERSON (E.-B.) et WISE (S.-P.). — Recurrent prostatic hypertrophy. (*J. M. A. Georgia*, 20 : 275-276, July 1931.)
- ANDRÉ. — Des prétendues récidives après la prostatectomie pour hypertrophie de la prostate. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906.
- Résultats éloignés des prostatectomies. (XX^e Congrès français d'Urologie, Paris, 1920.)
- Rétrécissement de l'urètre après la prostatectomie. *J. d'Urol. Médic. Chir.*, mai 1926.
- ANDRÉ et GRANDINEAU. — Résultats éloignés des prostatectomies. *Revue Médicale de l'Est*, 1921.
- BASTOS (Henrique). — Late results of prostatectomy. (II^e Congrès de l'Association intern. d'urol., Londres, 1911.)
- BAZY. — Résultats éloignés des prostatectomies. (II^e Congrès de l'Association intern. d'Urol., Londres, 1911.)
- De l'hypertrophie prostatique récidivante. (*Bulletin Académie de Médecine*, Paris, 97 : 843, 28 juin 1927.)
- BONNEAU et RUBENS-DUVAL. — Adénome et épithéliome successifs de la prostate. (*Archives des Maladies des reins*, Août 1929, P. 169.)
- BLUM (V.). — Récidive après prostatectomie. (*The Urologic and cutaneous review*, XXIV, 1920, p. 247-252.)
- Rezidive einer Prostatahypertrophie nach der Prostatektomie. (*Wien med. Woch.*, 1920, LXX, p. 2030.)
- BRONGERSMA. — The ultimate results of prostatectomy. (II^e Congrès de l'Ass. intern. d'Urol., Londres, 1911.)

- Résultats éloignés des différentes méthodes d'opérations pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate. (XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urologie, Paris, 1920.)
- BRYAN (W.-A.). — Recurrence of the benign prostate. (Tr. South Surg. Associa., 1921, Phila, 1922, XXIV, 542-546. Discussion 591-597.)
- CHARLET et ARLAUD. — Récidives de l'adénome prostatique. (*Cahiers de Pratique médico-chirurgicale* n° 3, 1934.)
- CHEVALIER. — De la prostatite restante. Complication de la prostatectomie sus-pubienne pour adénome *Thèse* de Lyon, 1914.
- CHEVASSU. — Récidive de l'hypertrophie après la prostatectomie. *Bulletin de la Société Anatomique*, novembre 1911.
- XXIX^e Congrès Français d'Urologie, Paris, octobre 1929.
- CHOMEREAU-LAMOTTE. — Contribution à l'étude des pseudo-récidives de l'adénome prostatique. (*Thèse* de Bordeaux, 1928.)
- COCHENS (F.-M.). — Recurrence of benign enlargement of prostate. (*J. Urol.*, 25 : 661-668, June, 1931.)
- CROWELL (Andrew). — The results of prostatectomy at the present time. (*The Urologic and cutaneous review*, août 1919.)
- CUNNINGHAM (J.-H.). — Recurrent benign prostatic obstruction (*J. Urol.* 26 : 271-277. Aug. 1931.)
- DELBET (Paul). — Résultats éloignés des prostatectomies. (XX^e Congrès de l'Assoc. Française d'Urologie, Paris, 1920.)
- DENSLOW (F.-M.). — Recurrence of urinary obstruction after prostatectomy. (*J. Am. Med. Assoc.*, 1918, LXX, p 441.)
- DUCOURDET. — Résultats médicaux de la prostatectomie. (*Thèse* de Paris, 1912.)
- DUVERGEY. — XXIX^e Congrès Français d'Urologie, Paris, octobre 1929.
- ESCAT. — Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies. (Ass. franc. d'Urol., VIII^e session. Paris, 1904.)

- Suites éloignées des prostatectomies. (XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1920.)
- FENWICK (Henry). — Résultats éloignés des différentes méthodes d'opération pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate. (XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1920.)
- FREUDENBERG (A.). — Wie entstehen die Rezidive der Prostatahypertrophie nach der supraputischen Prostatektomie. (*Ztschr. F. urol. Chir.*, Berlin, 1924, XVI, p. 206-212.)
- FULLATON. — Results of prostatectomy. (II^e Congrès de l'Ass. intern. d'Urol., Londres, 1911.)
- GAUTHIER. — Résultats éloignés de la prostatectomie. (II^e Congrès de l'Ass. intern. d'Urol., Londres, 1911.)
- GAYET. — Résultats éloignés de la prostatectomie. (XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1920.)
- XXIX^e Congrès Français d'Urologie, octobre 1929.
- GONZALÈS. — Résultats éloignés des prostatectomies. (XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1920.)
- GREGORA (H.-V.). — Zur Frage der Rezidivbildung nach prostatektomie. (*Ztschr. F. urol.* 22 : 929-936, Prague, 1928.)
- GUISY (B.). — Résultats éloignés de la prostatectomie. (II^e Congrès de l'Ass. intern. d'Urol., Londres, 1911.)
- HERESCO. — Résultats éloignés de la prostatectomie. (II^e Congrès de l'Ass. intern. d'Urol., Londres, 1911.)
- HOGGE. — XXIX^e Congrès Français d'Urologie, Paris, 1929.
- KEHAYOGLOU. — Les résultats éloignés de la prostatectomie. (*Thèse de Montpellier*, 1912.)
- KRETSCHMER (H.-L.). — Recurrence following suprapubic prostatectomy for benign hypertrophy. (*Surg. Gyn. et Obst.* 53 : 829-831, déc. 1931.)
- LEGUEU. — II^e Congrès de l'Ass. Intern. d'Urol., Londres, 1911.
- XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1920.
- LEWIS et G. CARROL. — Recurrent prostatic hypertrophy with report of case. (*J. Urol.* 24 : 319-323, Sept. 1930.)

- LOUMEAU. — Sur la réapparition de l'hypertrophie prostatique après prostatectomie. *Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux*, 15 septembre 1912. 407-409.
- LE FUR. — XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1920.
- A propos des récidives d'adénome de la prostate. *Rev. gén. de Clin. et de Thérapeutique*, 26 juillet 1930, p. 1834.
- LUMPERT. — Zur Frage der rezidivierenden der Prostatahypertrophie nach prostatektomie. (*Cor. Bl. F. schweiz. aerzte*, Basel 1911. XLI, 99-102.)
- MAILLE. — Un cas de récurrence vraie d'adénome prostatique. (Congrès Français d'Urologie, Paris, octobre 1931.)
- MARION. — XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1920.
- MOTZ. — II^e Congrès de l'Ass. intern. d'Urol., Londres, 1911.
- NOUGUES. — II^e Congrès de l'Ass. intern. d'Urol., Londres, 1911.
- XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1920.
- ORAISON. — XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1920.
- Les étapes et les limites de la prostatectomie transvésicale. (*J. Méd. de Bordeaux*, 1922.)
- Sur un cas de récurrence vraie de l'adénome de la prostate. (XXIX^e Congrès Français d'Urologie, Paris, octobre 1929.)
- PAPIN. — Résultats éloignés de la prostatectomie. (XX^e Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., Paris, 1920.)
- PAPIN et VERLIAC. — *Archives urologiques* de l'Hôpital Necker, 1920.
- PASTEAU. — Résultats éloignés des différentes méthodes d'opération contre l'hypertrophie de la prostate. (Congrès Français d'Urologie, 1919.)
- PERRIN (Jean). — Résultats éloignés de la prostatectomie suspubienne pour hypertrophie de la prostate. (*Thèse* de Paris, 1924.)
- PHÉLIP. — Résultats anatomiques des prostatectomies. (*Journal d'Urologie*, T. VIII, p. 353.)

- POLKEY (H.). — Résultats tardifs incomplets après la prostatectomie sus-pubienne. (*The Urologic ans cutaneous review*, 1926.
- POUSSON. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 15 février 1907.
- XX^e Congrès de l'Association Française d'Urologie, Paris, 1920.
- Résultats éloignés des différentes méthodes opératoires de cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. (*Presse Médicale*, Paris, 1920.)
- SALVINI (P.). — Résultats immédiats et éloignés de la prostatectomie sus-pubienne chez 180 malades opérés de 1921 à 1924. *Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale*, Paris, août 1925.
- TAKAHASTTI. — Recurrence of prostatic hypertrophy following Freyer's suprapubic prostatectomy. (*Urol. et cutan. Rev.* 32 : 597, sept. 1928.
- WARD (B.-J.). — II^e Congrès de l'Association internationale d'Urologie, Londres, 1911.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	9
Préface	11
Rappel anatomique	15
Anatomo-pathologie	21
Technique opératoire	27
Etude clinique des récidives	31
Observations	37
Conclusions	69
Bibliographie	71

